



**NATIONELLA KVALITETSREGISTRET INOM  
GYNEKOLOGISK KIRURGI**

**Tumörregistret  
Återrapport  
Operationsdatum  
2014-01-01 till och med 2015-12-31**

Christer Borgfeldt  
Docent, överläkare och delregisteransvarig för tumörregistret GynOp,  
Kvinnokliniken, Skånes Universitetssjukhus, Lund  
[christer.borgfeldt@med.lu.se](mailto:christer.borgfeldt@med.lu.se)

Gabriel Granåsen  
Statistiker, GynOp

Distribuerad maj 2016

## Innehåll

Inledning.....	3
Förklaringar till figurer .....	3
Deltagande kliniker och registrerade patienter 2010-2015 .....	4
Alla patienter i tumörsträngen. Deltagande kliniker och registrerade patienter 2014-2015 .....	4
Antal operationer från respektive sjukhus 2014-2015 i detaljanalyserna.....	5
Endometriecanceroperationer 2014-2015 .....	6
Antal endometriecanceroperationer per sjukhus .....	6
Inga lymfkörtlar bortopererade .....	6
En till fem lymfkörtlar bortopererade .....	7
Fem eller fler lymfkörtlar bortopererade.....	7
Kommentar till resultaten av analyserna avseende endometriecancer .....	7
Operationstid .....	8
Peroperativ blödningsmängd .....	9
Vårdtid efter operation.....	10
Dagar till normal ADL.....	11
Läkarbedömda komplikationer vid 8-veckorsenkäten .....	13
Patientrapporterade komplikationer med läkarbedömning av komplikationsgraden..	13
Sökt sjukvård pga oförändrade besvär/komplikationer .....	14
Cervixcanceroperationer år 2014-2015 .....	15
Antal cervixoperationer år 2014 och 2015 där minst 1 lymfkörtel opererats bort .....	15
Operationstid .....	15
Peroperativ blödningsmängd .....	16
Vårdtid efter operation.....	16
Dagar till normal ADL.....	17
Antal lymfkörtlar bortopererade vid operation pga cervixcancer .....	17
Läkarbedömda komplikationer vid 8-veckorsenkäten .....	18

Patientrapporterade komplikationer med läkarbedömning av komplikationsgraden..	18
Sökt sjukvård pga oförväntade besvär/komplikationer.....	18
Ovarial-/tubar-/peritonealcancer inklusive borderline år 2014-2015.....	19
Antal operationer per enhet – ovarial-/tubar-/peritonealcancer 2014-2015.....	19
Makroskopisk tumörfrihet efter avslutad operation.....	20
Ovarial-/tubar-/peritonealcancer stadium IIIC-IV där tumörbörda ovan bäckenet är >2cm .....	22
Colonkirurgi vid ovarial/tubar/peritonealcancer.....	24
Komplikationer primäropererade ovarial-/tubar-/peritonealcancer exklusive borderline år 2014-2015 .....	25
Patientrapporterade komplikationer med läkarbedömning av komplikationsgraden..	25
Sökt sjukvård pga oförväntade besvär/komplikationer.....	26
RMI hos patienter med diagnosen ovarial-/tubar-/peritonealcancer inklusive borderlinetumörer 2014-2015 .....	27
Vulvacancer år 2014-2015 .....	28
Operationstid .....	28
Peroperativ blödningsmängd .....	28
Vårdtid efter operation.....	29
Antal dagar till normal ADL.....	29
Tid från operationsdag till PAD-bedömning år 2014-2015 .....	30
Ordlista .....	32

# Årsrapport Tumör 2014-2015

## Inledning

Rapporten av gynekologiska tumöroperationer i Gynop-registret visar deltagande klinikers gynekologiska canceroperationer 2014-2015 och uppföljningsdata samt patientrapporterade utfallsmått (PROM). Alla som rapporterat ska känna sig delaktiga och mycket stolta över inrapporterade data som förhoppningsvis kommer att föra den gynekologiska cancerkirurgin framåt och förbättra för patienterna. Rapportens syfte är att visa på hur den gynekologiska cancerkirurgin fungerar idag och täcker cirka 55 % av Sveriges gynekologiska canceroperationer. Data från RCC-områdena Stockholm, Väst, Region Halland samt Karlstad och Västerås ingår inte då fullständiga data inte finns. Data från Borås finns med då kollegorna där registrerar i GynOp. För att få aktuella förhållanden samt även tillräckligt med patienter för att analysera för de sjukhus som har små patientvolymmer har två år inkluderats.

## Förklaringar till figurer

I diagrammen visas efter sjukhusnamnet antalet operationer och i grafen medianvärde för kliniken samt 25:e respektive 75:e percentilen (tunt streck).

Kliniker med färre än 10 operationer registrerade för respektive variabel är inte visualiserade i figurerna som enskilda kliniker. Samtliga registreringar används för att beräkna rikets värden för ledtider med tillhörande percentiler.

Färgerna i staplarna representerar andelen för en viss operationsmetod.

## Deltagande kliniker och registrerade patienter 2010-2015

### Alla patienter i tumörsträngen. Deltagande kliniker och registrerade patienter 2014-2015

Tabell 1.

Klinik	2014	2015	Totalt
Linköping	284	315	599
Lund	326	241	567
Uppsala	158	197	355
Umeå	147	139	286
Örebro USÖ	67	86	153
Falun	52	55	107
Karlskrona	49	45	94
Sundsvall	58	34	92
Borås	36	36	72
Luleå-Sunderbyn	28	39	67
Gävle	29	32	61
Kalmar	28	23	51
Hudiksvall	19	20	39
Helsingborg	17	19	36
Värnamo	15	17	32
Jönköping	11	20	31
Kristianstad	20	11	31
Eksjö	18	10	28
Nyköping	14	14	28
Östersund	14	11	25
Malmö	15	8	23
Örnsköldsvik	11	12	23
Eskilstuna	12	7	19
Västervik	6	12	18
Växjö	17	1	18
Skellefteå	4	11	15
Norrköping	5	4	9
Ljungby	4	0	4
Karlskoga	2	1	3
Lycksele	1	2	3
Mora	2	1	3
Alingsås	2	0	2
Lidköping	0	2	2
Lindesberg	1	0	1
Motala	1	0	1
Ystad	1	0	1
<b>Totalt</b>	<b>1474</b>	<b>1425</b>	<b>2899</b>

## Antal operationer från respektive sjukhus 2014-2015 i detaljanalyserna

Tabell 2

Klinik	Ovarial-, tubar- peritonealcancer	Corpuscancer	Cervix- & vaginalcancer	Vulvacancer	Totalt
Totalt	1005	1412	306	176	2899
Linköping	210	232	97	60	599
Lund	203	253	73	38	567
Uppsala	126	147	57	25	355
Umeå	128	103	35	20	286
Örebro USÖ	47	79	16	11	153
Falun	39	60	2	6	107
Karlskrona	31	42	8	13	94
Sundsvall	34	57	1	0	92
Borås	19	52	1	0	72
Luleå-Sunderbyn	17	49	1	0	67
Gävle	22	39	0	0	61
Kalmar	15	36	0	0	51
Hudiksvall	7	30	2	0	39
Helsingborg	16	20	0	0	36
Värnamo	10	20	0	2	32
Jönköping	6	24	1	0	31
Kristianstad	10	19	2	0	31
Eksjö	7	19	2	0	28
Nyköping	12	15	1	0	28
Östersund	5	18	1	1	25
Malmö	9	14	0	0	23
Örnsköldsvik	8	15	0	0	23
Eskilstuna	8	11	0	0	19
Västervik	3	14	1	0	18
Växjö	6	10	2	0	18
Skellefteå	1	13	1	0	15
Norrköping	1	7	1	0	9
Ljungby	1	3	0	0	4
Karlskoga	0	3	0	0	3
Lycksele	1	2	0	0	3
Mora	2	1	0	0	3
Alingsås	0	2	0	0	2
Lidköping	1	1	0	0	2
Lindesberg	0	1	0	0	1
Motala	0	1	0	0	1
Ystad	0	0	1	0	1

# Endometriecanceroperationer 2014-2015

## Antal endometriecanceroperationer per sjukhus

### Inga lymfkörtlar bortopererade

Tabell 3.

Klinik	2014	2015	Totalt
Linköping	56	65	121
Uppsala	39	51	90
Örebro USÖ	21	40	61
Falun	28	32	60
Borås	28	24	52
Luleå-Sunderbyn	21	27	48
Umeå	23	24	47
Sundsvall	22	22	44
Lund	33	10	43
Gävle	16	18	34
Hudiksvall	16	13	29
Helsingborg	7	13	20
Kalmar	8	12	20
Kristianstad	11	8	19
Värnamo	9	10	19
Eksjö	12	6	18
Jönköping	3	15	18
Östersund	9	9	18
Nyköping	8	7	15
Karlskrona	9	4	13
Västervik	6	7	13
Örnsköldsvik	7	6	13
Skellefteå	3	9	12
Växjö	10	0	10
Eskilstuna	8	1	9
Norrköping	3	2	5
Karlskoga	1	1	2
Ljungby	2	0	2
Lycksele	0	2	2
Malmö	2	0	2
Mora	1	0	1
Motala	1	0	1
<b>Totalt</b>	<b>423</b>	<b>438</b>	<b>861</b>

## En till fem lymfkörtlar bortopererade

(Särredovisade då flera av dessa patienter antingen genomgått sentinel node-borttagande eller tagit bort misstänkta förstörade lymfkörtlar)

Tabell 4.

Klinik	2014	2015	Totalt
Lund	14	14	28
Linköping	3	2	5
Umeå	4	1	5
Uppsala	3	1	4
Gävle	2	0	2
Kalmar	2	0	2
Karlskrona	1	1	2
Sundsvall	2	0	2
Örebro USÖ	1	1	2
Jönköping	1	0	1
Ljungby	1	0	1
<b>Totalt</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>54</b>

## Fem eller fler lymfkörtlar bortopererade

Tabell 5.

Klinik	2014	2015	Totalt
Lund	74	79	153
Linköping	46	43	89
Umeå	23	22	45
Uppsala	22	22	44
Karlskrona	12	13	25
Örebro USÖ	8	8	16
Kalmar	9	4	13
Sundsvall	10	3	13
Malmö	2	1	3
<b>Totalt</b>	<b>206</b>	<b>195</b>	<b>401</b>

## Kommentar till resultaten av analyserna avseende endometrie-cancer

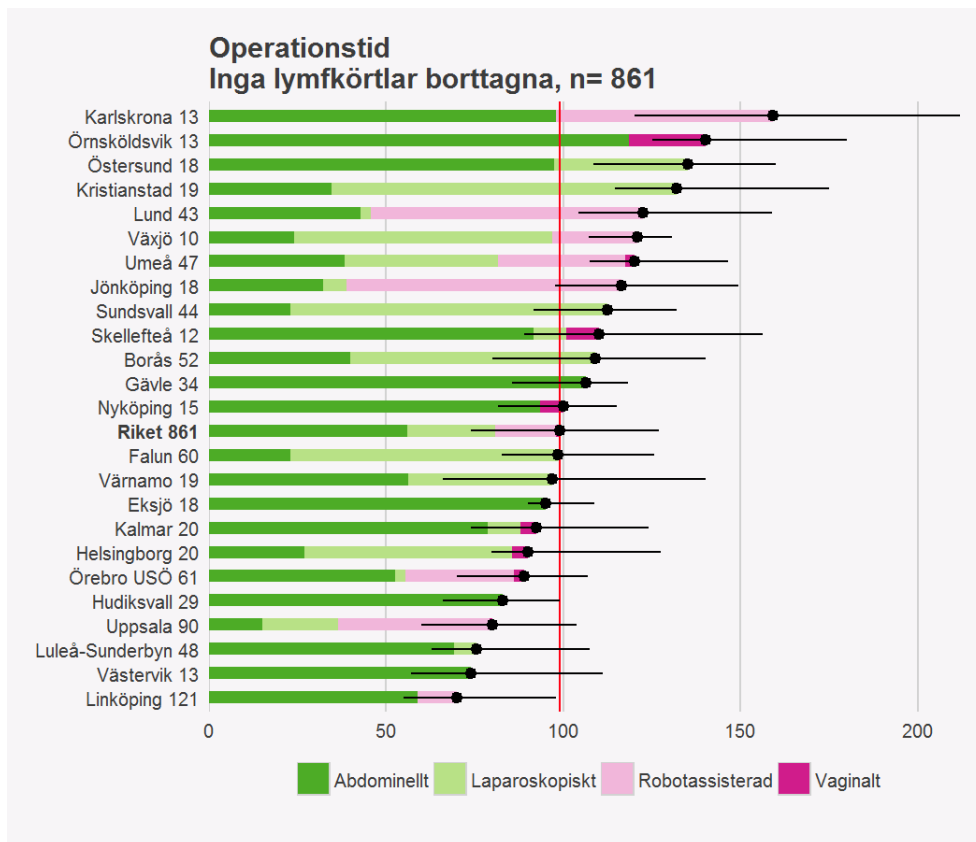
De minimalinvasiva operationsmetoderna (laparoskopi eller robotassisterad laparoskopi) har mindre peroperativ blödning, kortare vårdtid och kortare tid till normal ADL vilket blir speciellt tydligt vid analys av patienter som genomgått lymfkörtelborttagande.

Det finns flera internationella studier som visar på likartade resultat och att minimalinvasiv operationsteknik inte har ökad recidivfrekvens eller sämre överlevnadsresultat jämfört med laparotomi (Ran et al, 2014; Walker et al, 2012; He et al 2014).

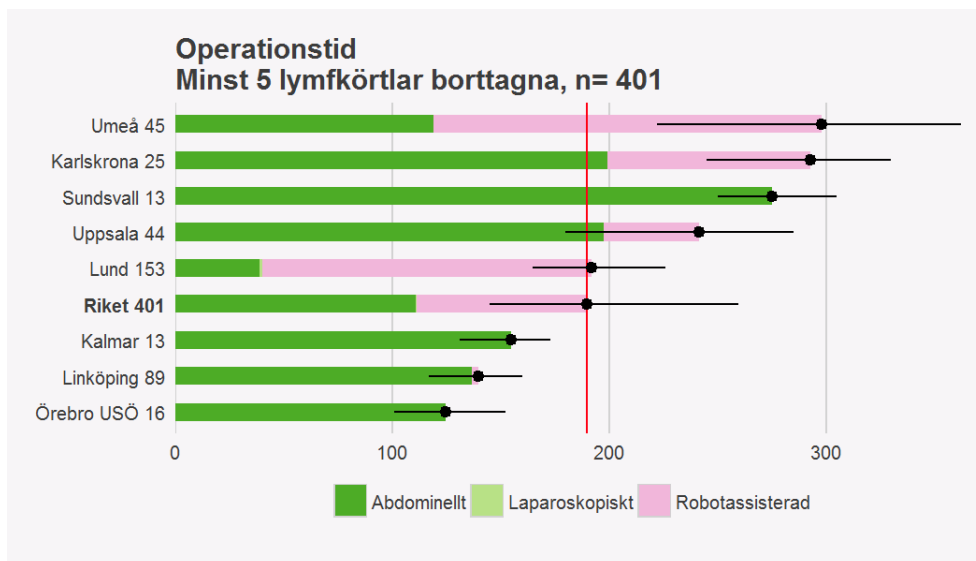
Det är 25 år sedan laparoskopi infördes och 10 år sedan robotassisterad laparoskopi lanserades – de kliniker som fortfarande har abdominell hysterektomi som standardmetod vid endometrie-cancer måste överväga att byta till minimalinvasiv operationsteknik för att kunna erbjuda bästa möjliga och likvärdig vård för dessa patienter.



## Operationstid

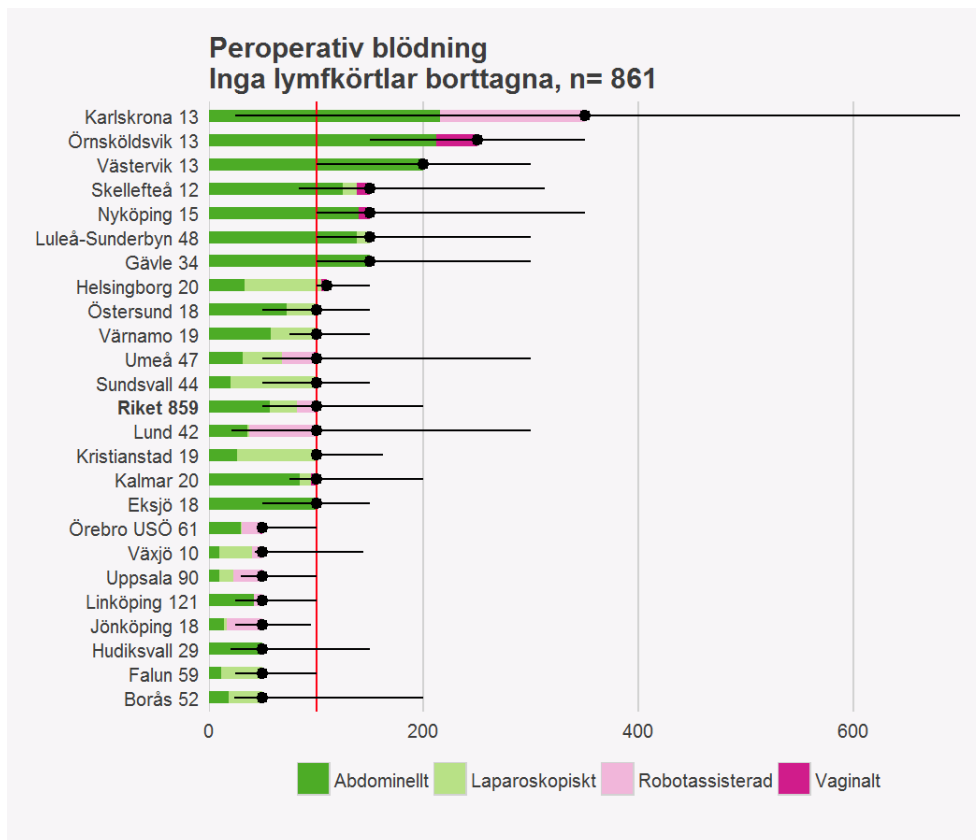


Figur 1.

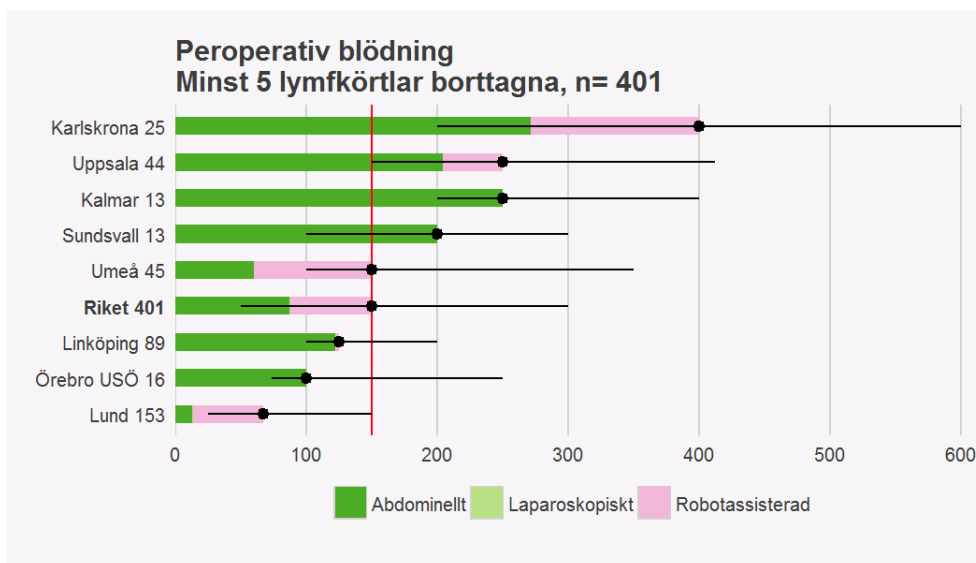


Figur 2.

## Peroperativ blödningsmängd

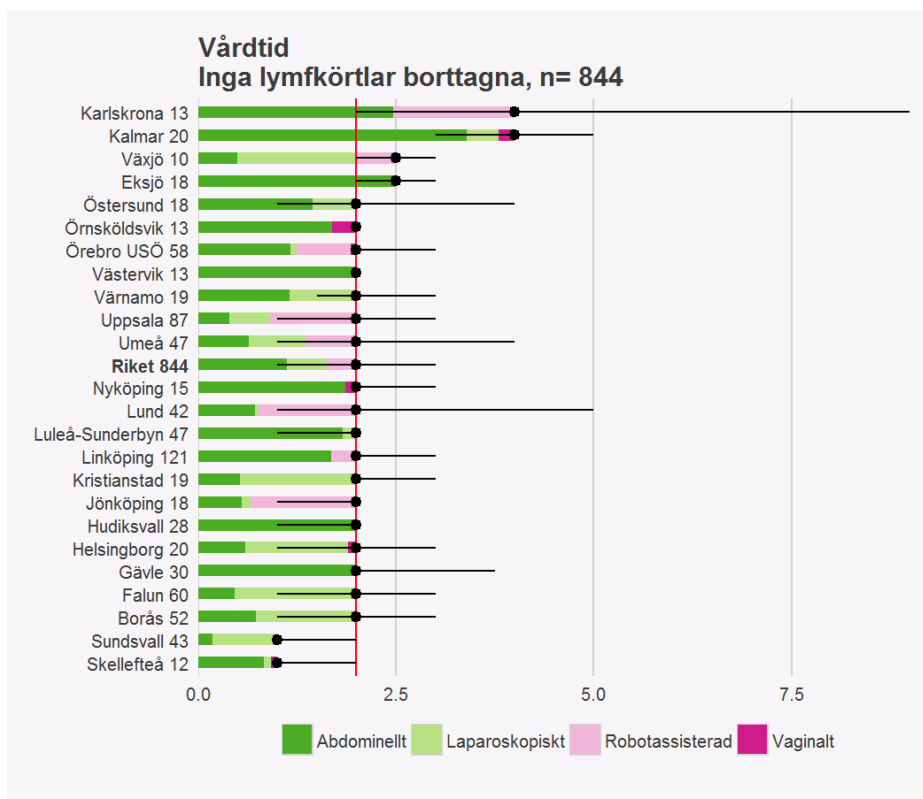


Figur 3.

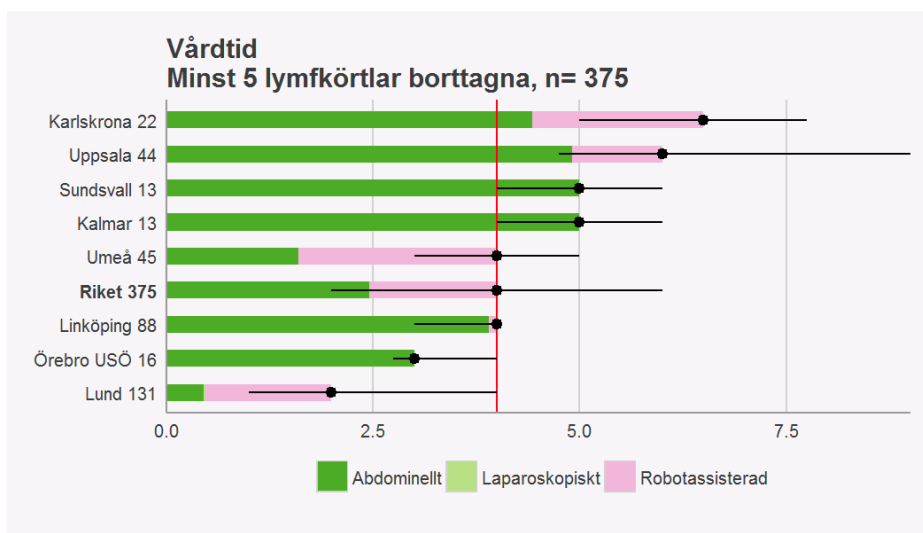


Figur 4.

## Vårdtid efter operation



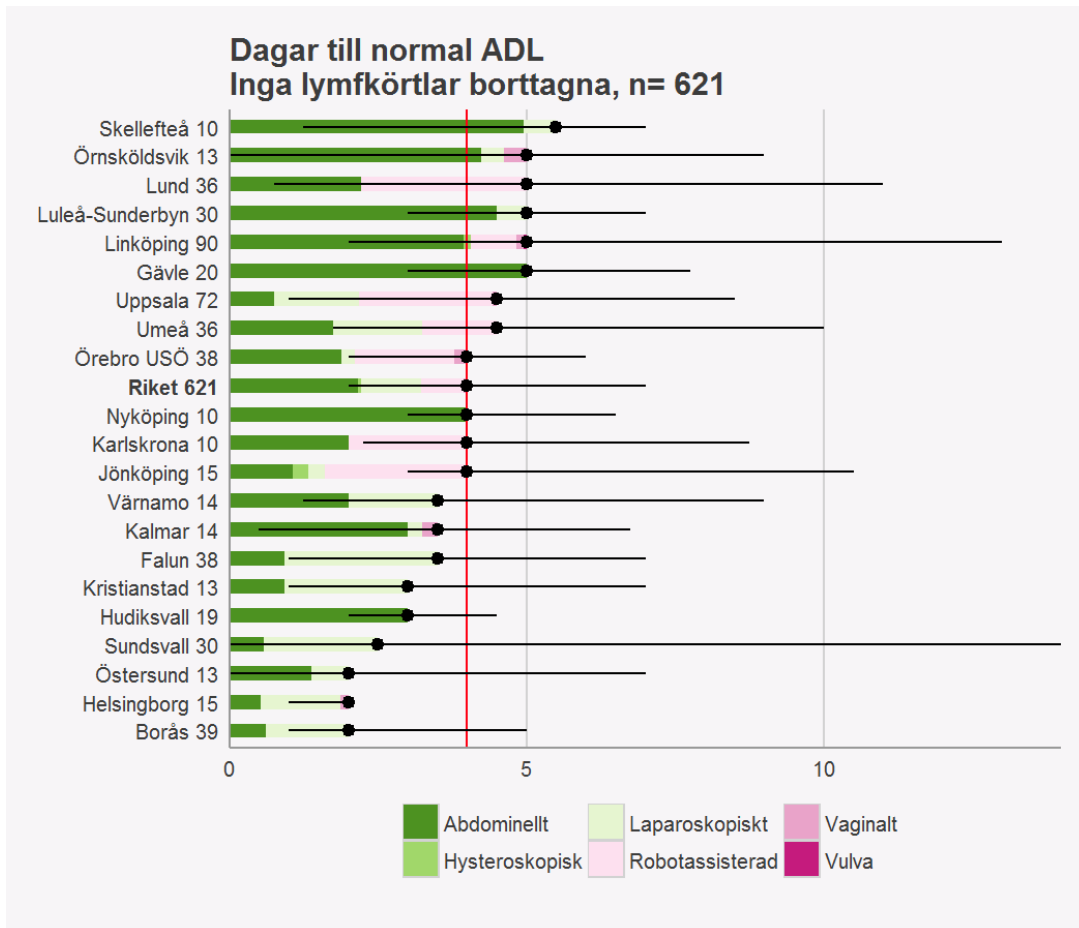
Figur 5.



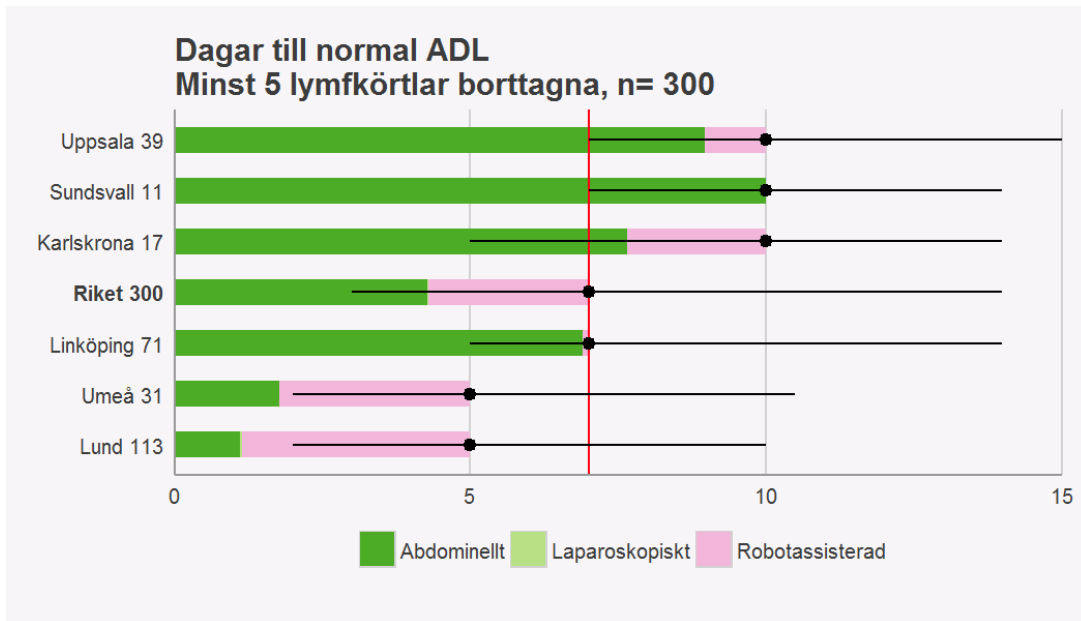
Figur 6.

## Dagar till normal ADL

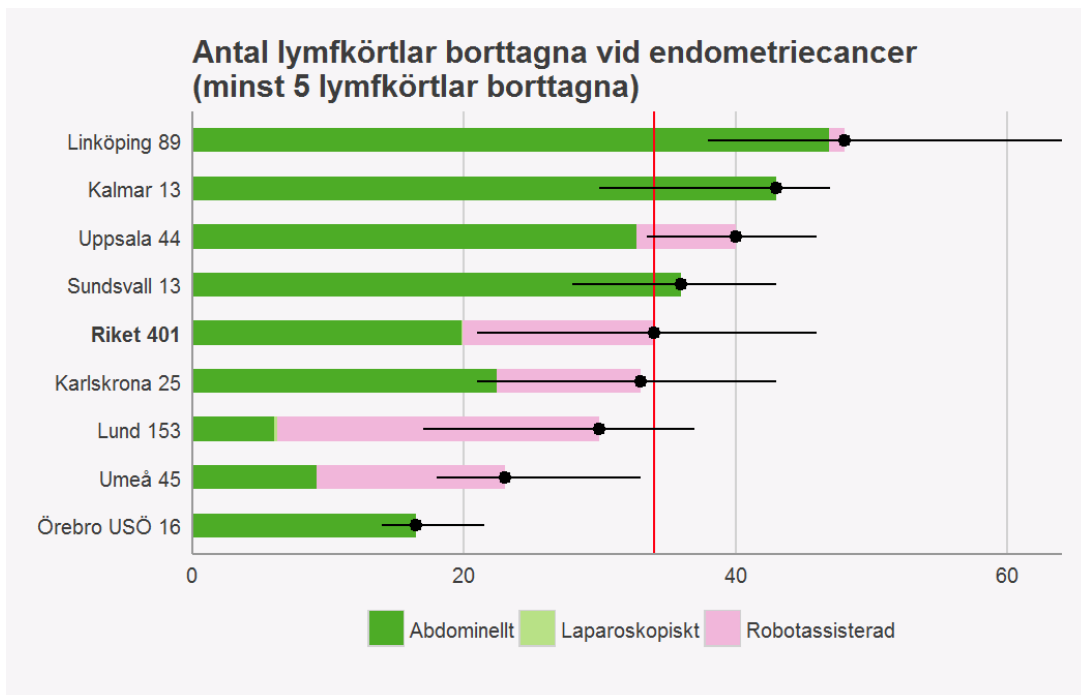
Dagar till normal daglig aktivitet baseras på svar från 8-veckorsenkäten och har därav ett visst bortfall. Svarsfrekvensen var 79 %.



Figur 7.



Figur 8.



Figur 9.

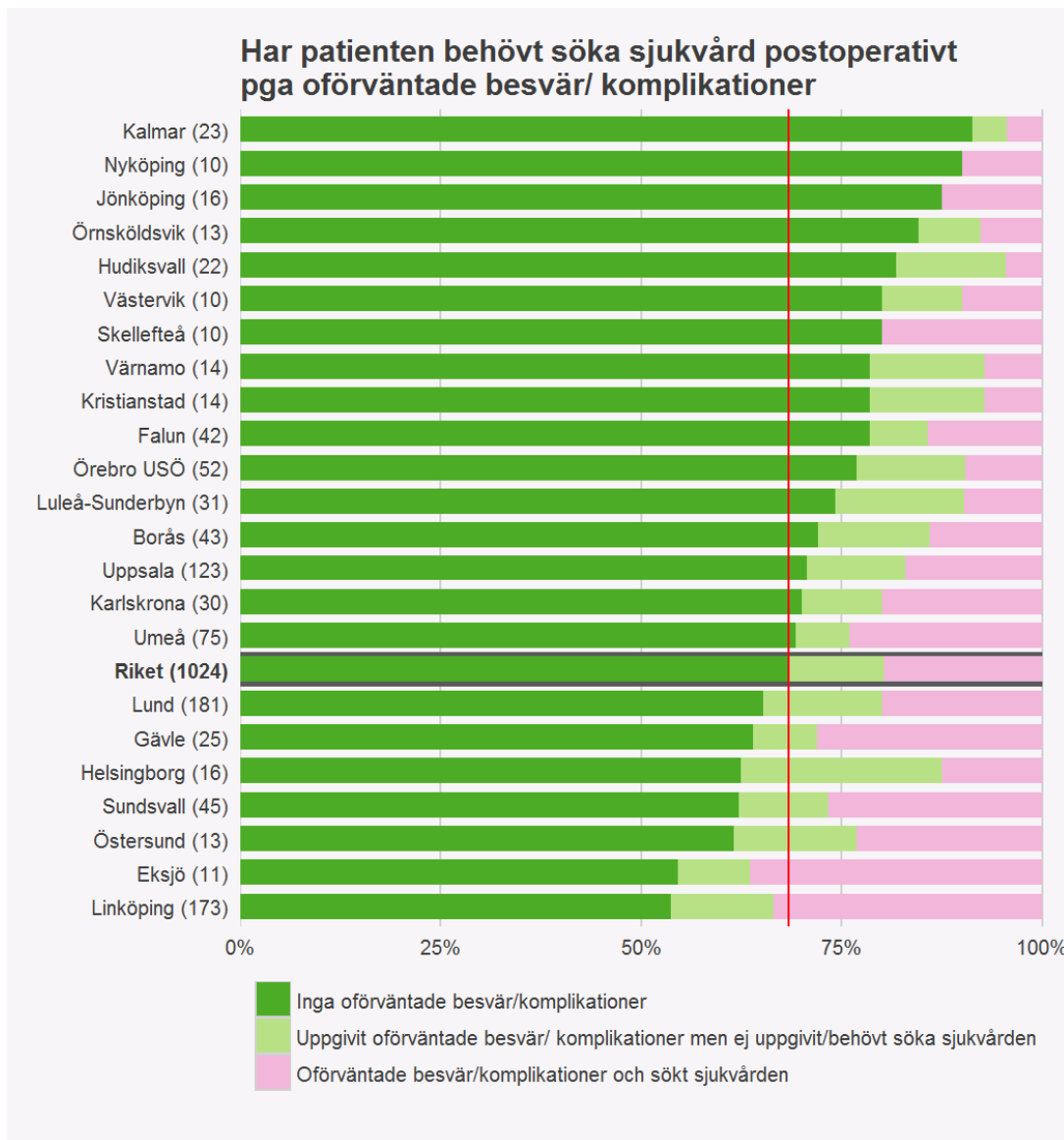
## Läkarbedömda komplikationer vid 8-veckorsenkäten

### Patientrapporterade komplikationer med läkarbedömning av komplikationsgraden

Tabell 6.

Klinik	Ingen	Lindrig	Allvarlig	Både lindrig och allvarlig	Totalt	Andel med allvarlig komplikation
Lund	130	48	9	0	187	5%
Linköping	112	57	5	1	175	3%
Uppsala	97	23	4	0	124	3%
Umeå	56	16	4	0	76	5%
Örebro USÖ	51	6	2	0	59	3%
Falun	35	10	1	0	46	2%
Sundsvall	36	7	2	0	45	4%
Borås	41	2	0	0	43	0%
Karlskrona	24	5	1	1	31	6%
Luleå-Sunderbyn	25	3	1	2	31	10%
Gävle	22	1	1	1	25	8%
Kalmar	21	3	0	1	25	4%
Hudiksvall	19	3	0	0	22	0%
Jönköping	15	2	0	0	17	0%
Kristianstad	14	2	0	0	16	0%
Helsingborg	13	1	1	0	15	7%
Värnamo	12	2	1	0	15	7%
Örnsköldsvik	11	2	0	0	13	0%
Östersund	9	4	0	0	13	0%
Eksjö	8	2	2	0	12	17%
Nyköping	9	0	1	0	10	10%
Skellefteå	9	0	1	0	10	10%
Västervik	9	1	0	0	10	0%
<b>Totalt</b>	<b>778</b>	<b>200</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>1020</b>	<b>4%</b>

## Sökt sjukvård pga oförändrade besvär/komplikationer



Figur 10.

Svarsfrekvensen var 84 % för de patientrapporterade komplikationerna.

Cirka 3 av 10 har haft oförväntade besvär och 2 av 10 har behövt söka sjukvården p.g.a. besvär eller komplikation.

Vid multipel regressionsanalys visar det sig att abdominell kirurgi, rökning, lymfkörtelborttagande och ASA-klass 3-4 är alla enskilt oberoende faktorer för ökad risk för allvarliga komplikationer. De faktorer gynekologiska tumörkirurger kan påverka är att använda oss av minimalinvasiv kirurgi och påverka patienterna att sluta röka.

## Cervixcanceroperationer år 2014-2015

För 85 patienter med cervixcancer hade ingen lymfkörtel opererats bort och dessa exkluderades därför från figurerna nedan.

Kliniker med färre än 10 operationer redovisas inte i följande figurer. Om det utförs färre än 10 operationer per år av cervixcanceroperationer med lymfkörtelborttagande bör kliniken ifrågasätta om denna typ av operation skall fortgå på kliniken.

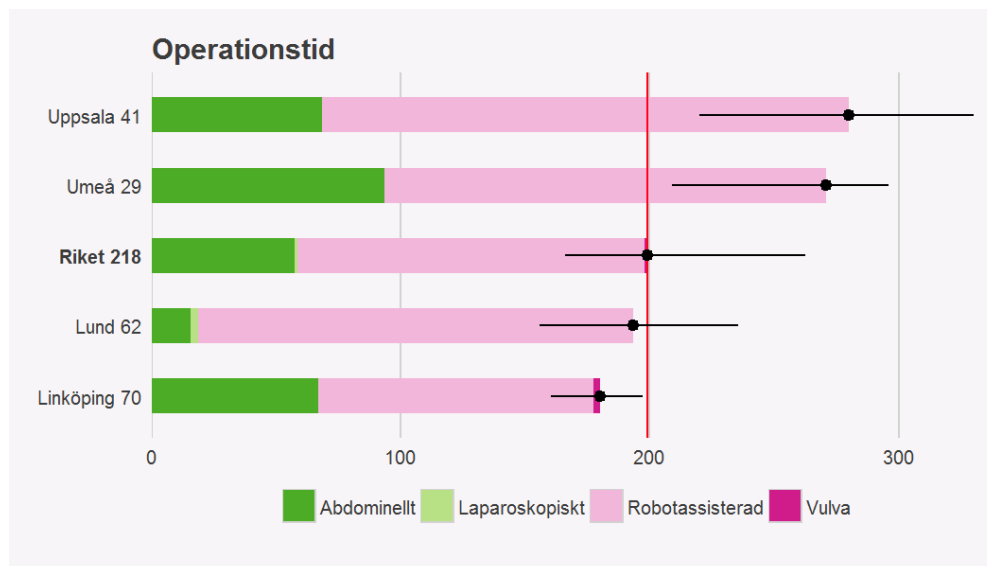
Resultat i litteraturen pekar på att en enskild kirurg bör utföra minst 30 likartade operationer per år av en viss typ för att upprätthålla kvaliteten enligt SBU rapporten 2015 med Rosén et al.

### Antal cervixoperationer år 2014 och 2015 där minst 1 lymfkörtel opererats bort

Tabell 7.

Klinik	2014	2015	Totalt
Linköping	38	32	70
Lund	27	38	65
Uppsala	13	28	41
Umeå	17	12	29
Karlskrona	5	3	8
Örebro USÖ	5	3	8
<b>Totalt</b>	<b>105</b>	<b>116</b>	<b>221</b>

### Operationstid

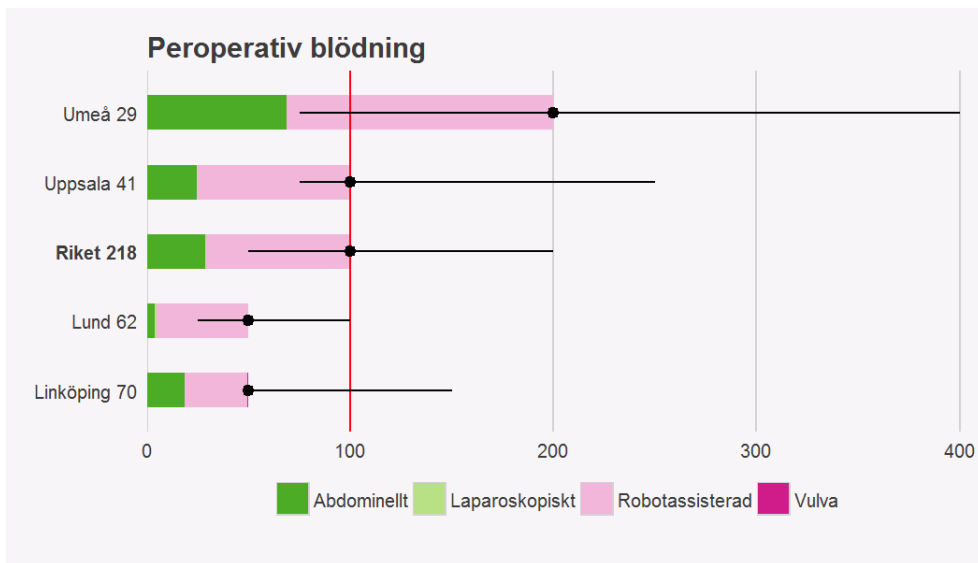


Figur 11.

Vulvacanceroperationen i figuren ovan är en kombinerad operation.

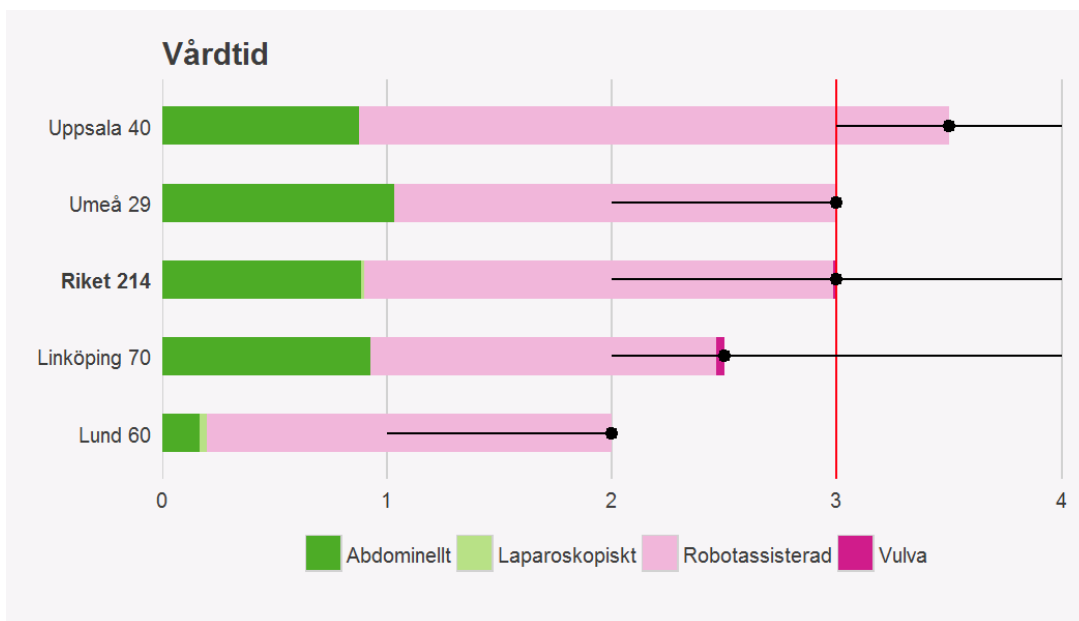


## Peroperativ blödningsmängd



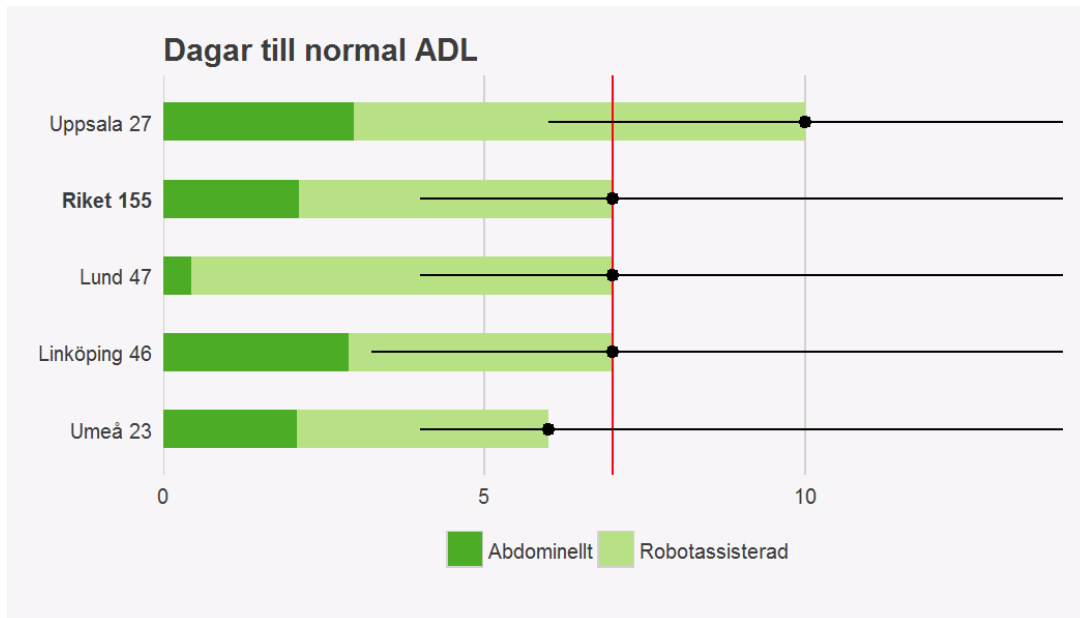
Figur 12.

## Vårdtid efter operation



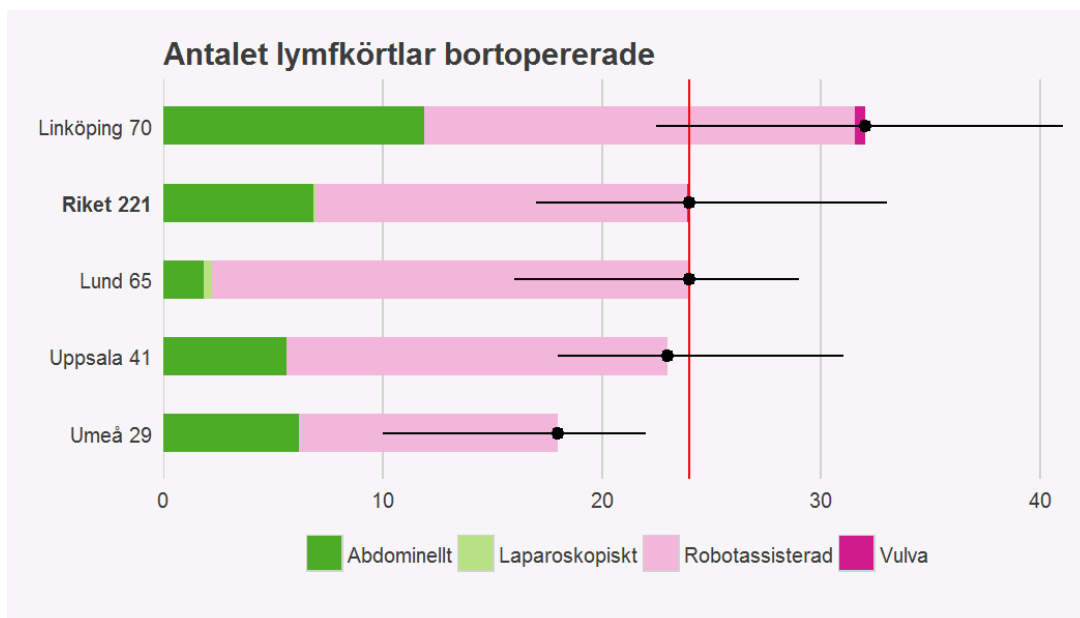
Figur 13.

## Dagar till normal ADL



Figur 14.

## Antal lymfkörtlar bortopererade vid operation pga cervixcancer



Figur 15.

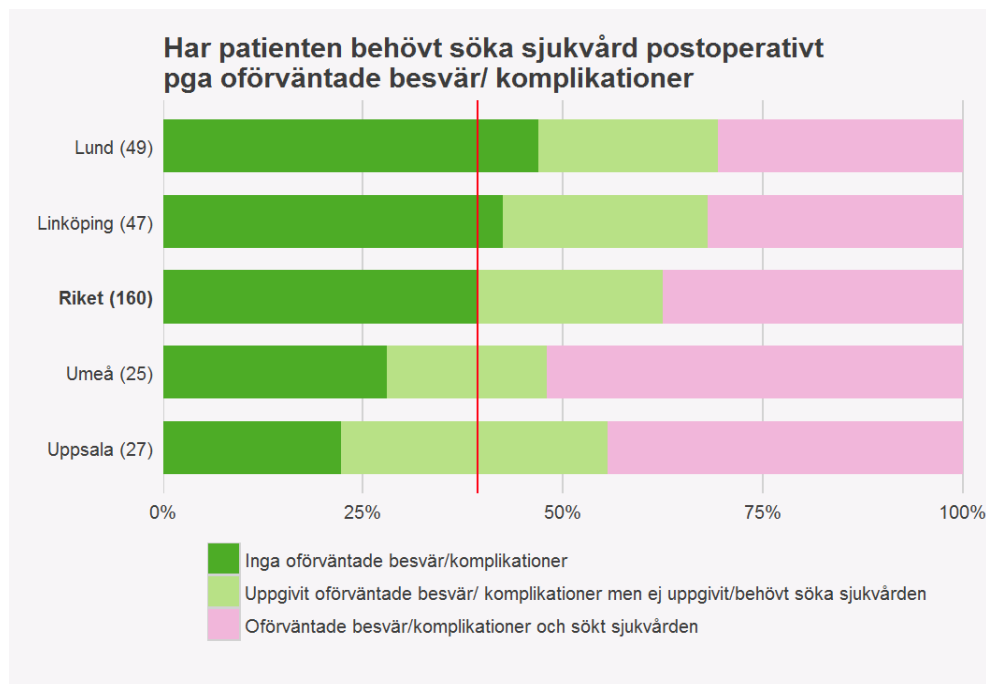
## Läkarbedömda komplikationer vid 8-veckorsenkäten

### Patientrapporterade komplikationer med läkarbedömning av komplikationsgraden

Tabell 8

Klinik	Ingen	Lindrig	Allvarlig	Både.lindrig och.allvarlig	Totalt	Andel med allvarlig komplikation
Linköping	31	24	1	1	57	4%
Lund	27	27	0	0	54	0%
Uppsala	15	17	1	2	35	9%
Umeå	11	9	5	1	26	23%
Örebro USÖ	5	2	0	0	7	0%
Karlskrona	2	2	1	0	5	20%
Totalt	91	81	8	4	184	7%

### Sökt sjukvård pga oförväntade besvär/compikationer



Figur 16.

Svarsfrekvensen var 84 % för de patientrapporterade komplikationerna.

Cirka 6 av 10 har haft oförväntade besvär och 4 av 10 har behövt söka sjukvården på grund av besvär eller komplikation.

## Ovarial-/tubar-/peritonealcancer inklusive borderline år 2014-2015

### Antal operationer per enhet – ovarial-/tubar-/peritonealcancer 2014-2015

Tabell 9.

Klinik	2014	2015	Totalt
Linköping	93	116	209
Lund	129	76	205
Umeå	63	68	131
Uppsala	57	71	128
Örebro USÖ	21	26	47
Falun	21	19	40
Sundsvall	24	11	35
Karlskrona	13	18	31
Gävle	10	12	22
Borås	8	12	20
Luleå-Sunderbyn	5	13	18
Kalmar	8	9	17
Helsingborg	10	6	16
Nyköping	5	7	12
Kristianstad	8	2	10
Malmö	6	4	10
Värnamo	6	4	10
Eskilstuna	3	6	9
Hudiksvall	2	6	8
Örnsköldsvik	4	4	8
Eksjö	4	3	7
Jönköping	4	2	6
Växjö	5	1	6
Östersund	3	2	5
Västervik	0	3	3
Mora	1	1	2
Lidköping	0	1	1
Ljungby	1	0	1
Lycksele	1	0	1
Norrköping	1	0	1
Skellefteå	0	1	1
Totalt	516	504	1020

## Makroskopisk tumörfrihet efter avslutad operation

De 242 patienter där PAD visade på borderlinetumör är exkluderade från tabellerna nedan.

Tabell 10. Alla stadier, primär operation

Klinik	Ja	Totalt	Andel ja
Lund	89	126	71%
Linköping	54	90	60%
Uppsala	38	51	75%
Umeå	31	45	69%
Örebro USÖ	14	28	50%
Karlskrona	18	24	75%
Falun	14	18	78%
Borås	9	11	82%
Kalmar	11	11	100%
Gävle	8	9	89%
Luleå-Sunderbyn	7	9	78%
Helsingborg	5	6	83%
Malmö	2	6	33%
Sundsvall	5	6	83%
Värnamo	4	4	100%
Eksjö	3	3	100%
Östersund	2	3	67%
Eskilstuna	2	2	100%
Hudiksvall	1	2	50%
Kristianstad	1	2	50%
Växjö	2	2	100%
Jönköping	1	1	100%
Ljungby	1	1	100%
Lycksele	1	1	100%
Nyköping	1	1	100%
Västervik	1	1	100%
Örnsköldsvik	1	1	100%
<b>Totalt</b>	<b>326</b>	<b>464</b>	<b>70%</b>

Tabell 11. Intervallkirurgi/fördröjd primäroperation

Klinik	Ja	Totalt	Andel ja
Linköping	32	51	63%
Umeå	22	47	47%
Uppsala	20	28	71%
Lund	17	20	85%
Örebro USÖ	3	5	60%
Sundsvall	2	4	50%
Gävle	2	2	100%
Kalmar	1	2	50%
Borås	1	1	100%
Falun	0	1	0%
Malmö	1	1	100%
<b>Totalt</b>	<b>101</b>	<b>162</b>	<b>62%</b>

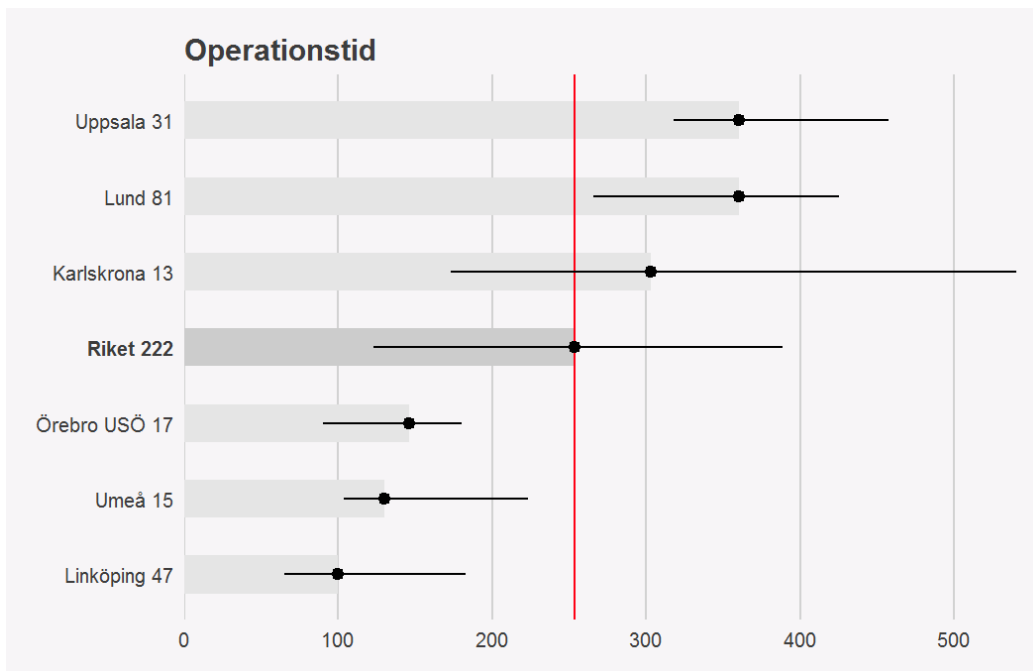
I Tabell 12 definieras Stadium IIIC-IV av att tumörbördan ovan bäckenet är angivet som >2cm.

Tabell 12. Stadium IIIC-IV, Primär operation

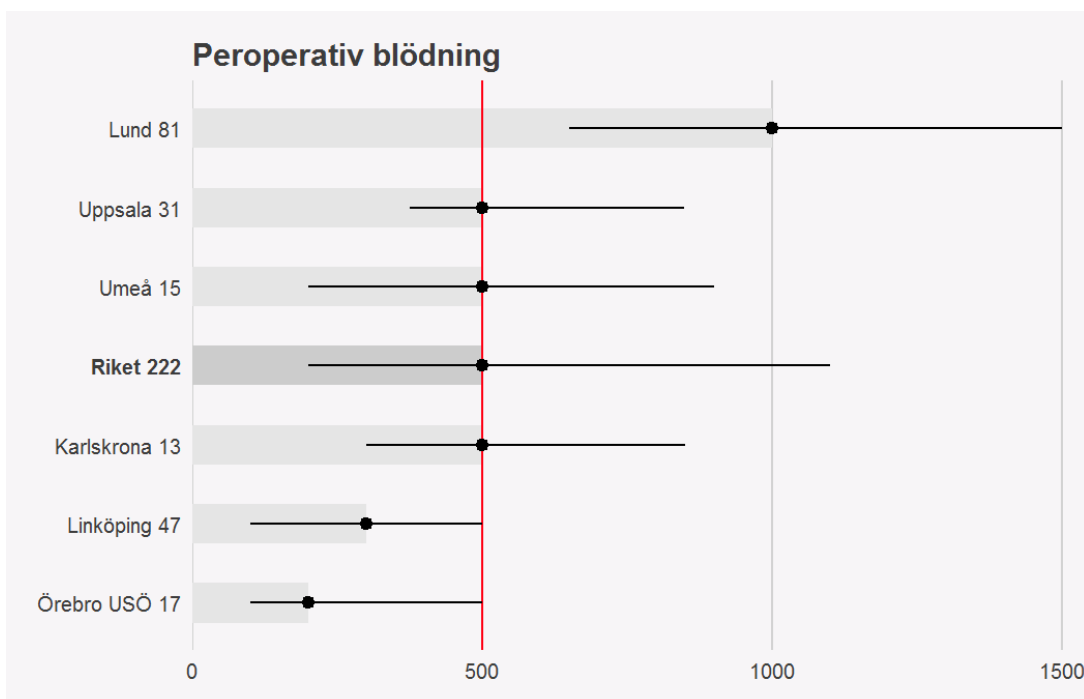
Klinik	Ja	Totalt	Andel ja
Lund	49	83	59%
Linköping	15	47	32%
Uppsala	19	31	61%
Örebro USÖ	6	17	35%
Umeå	3	15	20%
Karlskrona	7	13	54%
Falun	3	5	60%
Borås	2	3	67%
Malmö	1	3	33%
Kalmar	2	2	100%
Luleå-Sunderbyn	2	2	100%
Gävle	0	1	0%
Helsingborg	0	1	0%
Sundsvall	1	1	100%
<b>Totalt</b>	<b>110</b>	<b>224</b>	<b>49%</b>

Det finns påtagliga kliniska och statistiskt signifikanta skillnader i andelen av makroskopisk tumörfrihet mellan de 5 redovisade universitetssjukhusen som med stor sannolikhet beror på olika policy vid både primäroperation och fördröjd primäroperation/intervallkirurgi vilket behöver diskuteras mer om vi ska sträva mot likvärdig och bästa vård vid avancerad ovarial-/tubar-/peritonealcancer.

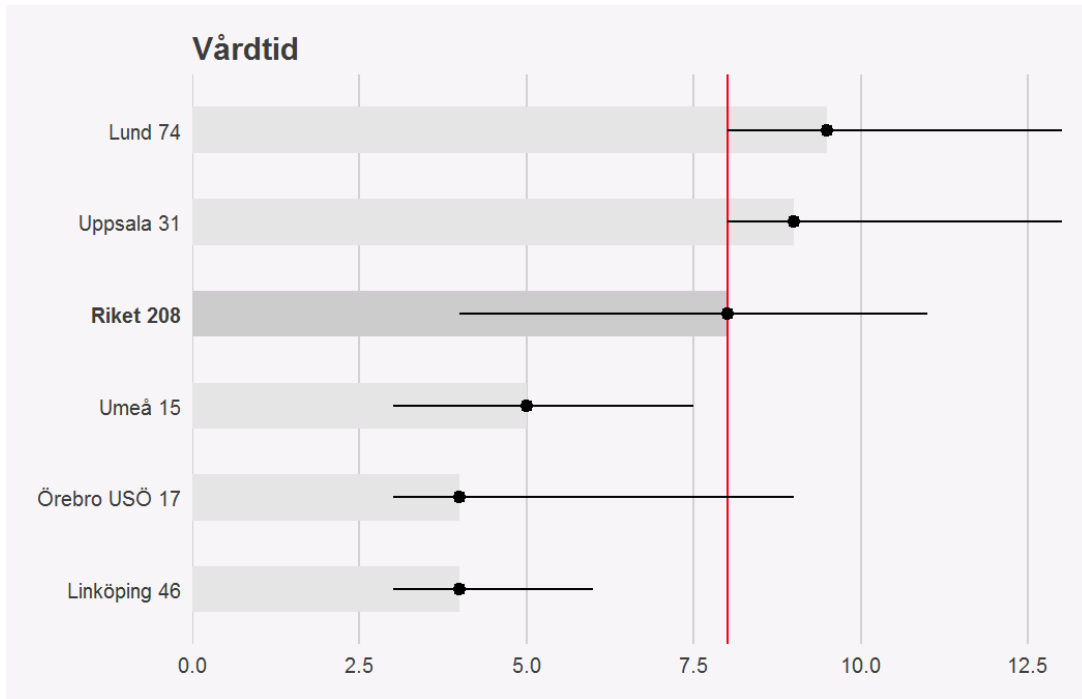
## Ovarial-/tubar-/peritonealcancer stadium IIIC-IV där tumörbörda ovan bäckenet är >2cm



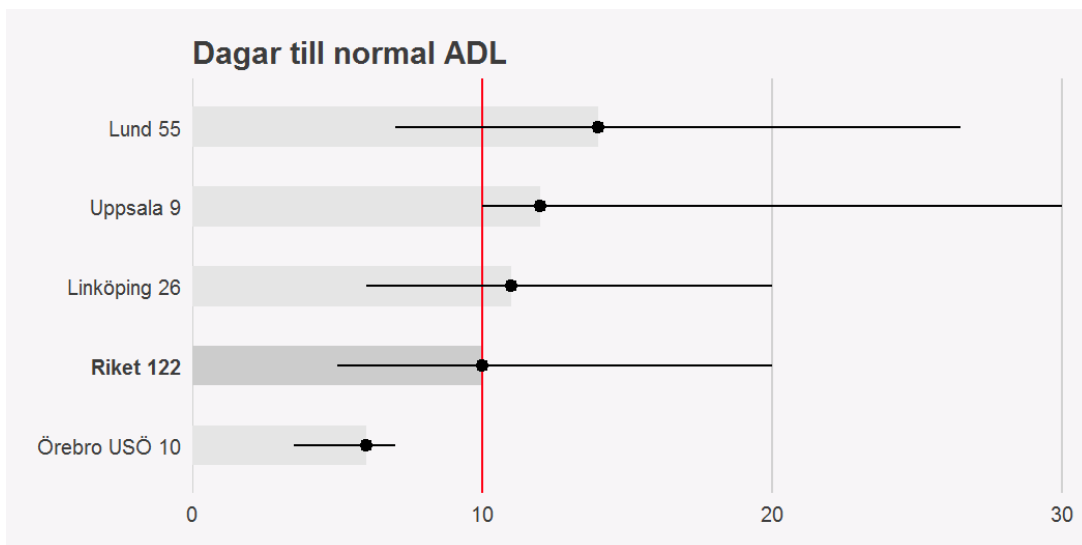
Figur 17.



Figur 18.



Figur 19.



Figur 20.



## Colonkirurgi vid ovarial/tubar/peritonealcancer

Av 1020 kvinnor hade det utförts icke gynekologisk kirurgi på 282 kvinnor vid operation pga. ovarial-, tubar- eller peritonealcancer. Hos 651 operationer hade uppgiften ”nej” markerats för uppgiften ”behandlats med icke gynekologisk kirurgi” och för 87 saknas uppgiften om behandlingen.

*Andel colonresektion* anger andelen colonresektioner/rektumamputationer av totalantalet opererade för ovarial-/tubar-/peritonealcancer (ej borderlinetumörer).

## Kompletterande ingrepp till den gynekologiska tumörkirurgin vid ovarial-/tubar-/peritonealcancer exklusive borderlinetumörer, alla stadier

Tabell 13

Klinik	Lever- resektion	Splen- ektomi	Stomi enl. Bricker	Chole- cyst- ektomi	Tunntarms- resektion	Ventrikel- resektion	Diafragma- resektion	Blås- resektion	Cyst- ektomi	Colon kirurgi	Totalt	N.pat	Andel annan kirurgi*
Uppsala	13	34	0	20	16	1	10	0	0	36	130	128	102%
Lund	5	12	0	6	11	1	14	3	0	45	97	205	47%
Karlskrona	0	0	0	0	3	0	2	0	0	6	11	31	35%
Malmö**	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3	10	30%
Örebro USÖ	1	0	0	0	5	0	0	0	0	7	13	47	28%
Linköping	3	9	0	1	9	1	1	0	0	18	42	209	20%
Kalmar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	17	18%
Falun	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	6	40	15%
Umeå	0	2	0	0	4	0	0	0	0	10	16	131	12%
Borås	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	20	10%
Sundsvall	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	35	6%
Luleå- Sunderbyn	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	18	6%
Gävle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	22	5%
<b>Totalt</b>	<b>23</b>	<b>57</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>56</b>	<b>3</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>131</b>	<b>327</b>	<b>1020</b>	<b>32%</b>

\*=flera ingrepp kan ha utförts på samma patient.

\*\*= tumörkirurgin utförd av Lund (SUS) gyntumörkirurger

## Komplikationer primäropererade ovarial-/tubar- /peritonealcancer exklusive borderline år 2014-2015

### Patientrapporterade komplikationer med läkarbedömning av komplikationsgraden

Tabell 14

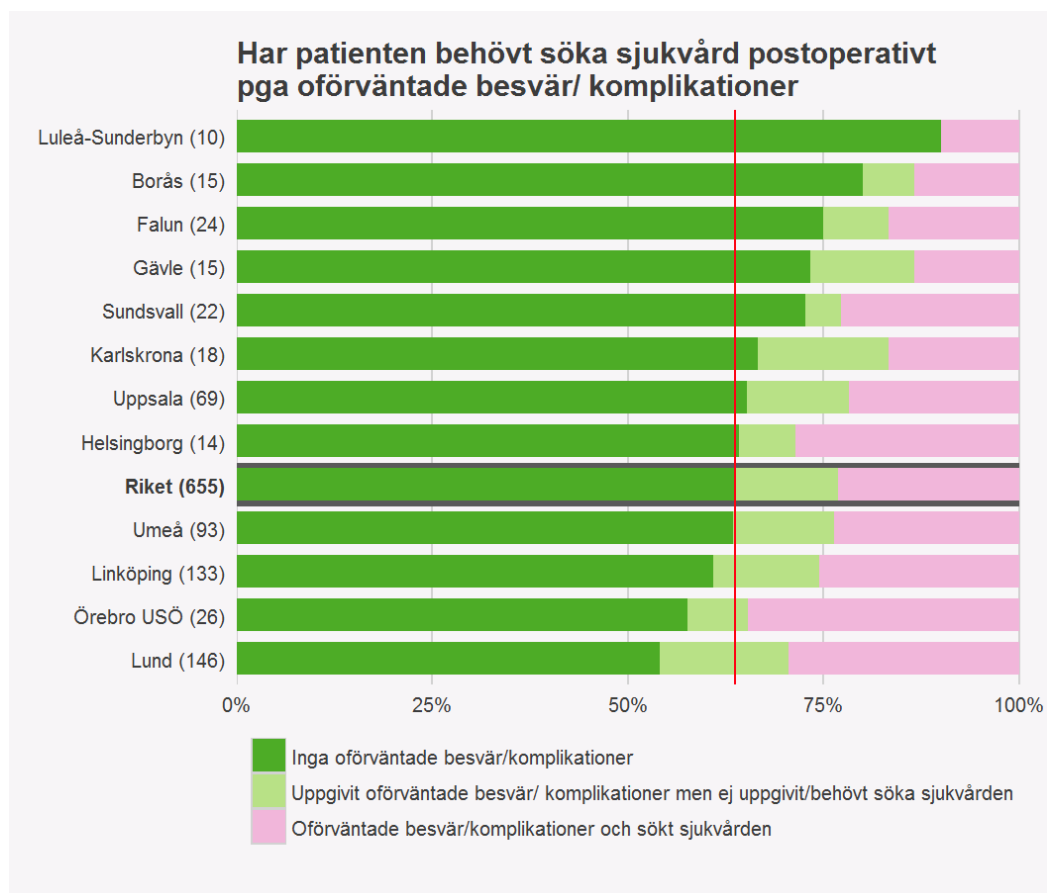
Klinik	Ingen	Lindrig	Allvarlig	Både lindrig och allvarlig	N.pat	Andel med allvarlig komplikation
Lund	90	45	12	2	149	9%
Linköping	97	31	6	0	134	4%
Umeå	70	18	7	1	96	8%
Uppsala	60	15	2	0	77	3%
Örebro USÖ	21	8	2	0	31	6%
Falun	22	3	0	0	25	0%
Sundsvall	19	4	0	0	23	0%
Karlskrona	14	4	1	0	19	5%
Borås	12	1	2	0	15	13%
Gävle	15	0	0	0	15	0%
Helsingborg	13	0	1	0	14	7%
Luleå-Sunderbyn	9	1	1	0	11	9%
Kalmar	6	2	1	0	9	11%
Malmö	2	5	0	0	7	0%
Nyköping	6	1	0	0	7	0%
Eksjö	6	0	0	0	6	0%
Kristianstad	6	0	0	0	6	0%
Jönköping	4	0	1	0	5	20%
Värnamo	4	1	0	0	5	0%
Växjö	3	2	0	0	5	0%
Örnsköldsvik	4	1	0	0	5	0%
Eskilstuna	4	0	0	0	4	0%
Hudiksvall	4	0	0	0	4	0%
Östersund	4	0	0	0	4	0%
Västervik	3	0	0	0	3	0%
Lidköping	1	0	0	0	1	0%
Mora	1	0	0	0	1	0%
Norrköping	1	0	0	0	1	0%
Skellefteå	1	0	0	0	1	0%
<b>Totalt</b>	<b>502</b>	<b>142</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>683</b>	<b>6%</b>

## Per- och postoperativa allvarliga komplikationer.

Tabell 15

Komplikation	Antal
Infektion	153
Ileus	10
Allvarlig icke specificerad komplikation	7
Blödning/hematom/anemi	5
Tarmskada/subileus	5
Djup ventrombos	5
Sår-/fascieruptur	4
Uretärskada	2
Respiratorisk insufficiens/aspiration	2
Sepsis	1
<b>Totalt</b>	<b>194</b>

## Sökt sjukvård pga oförväntade besvär/komplikationer



Figur 21. Svansfrekvensen var 78 % för de patientrapporterade komplikationerna.

## RMI hos patienter med diagnosen ovarial-/tubar-/peritonealcancer inklusive borderlinetumörer 2014-2015

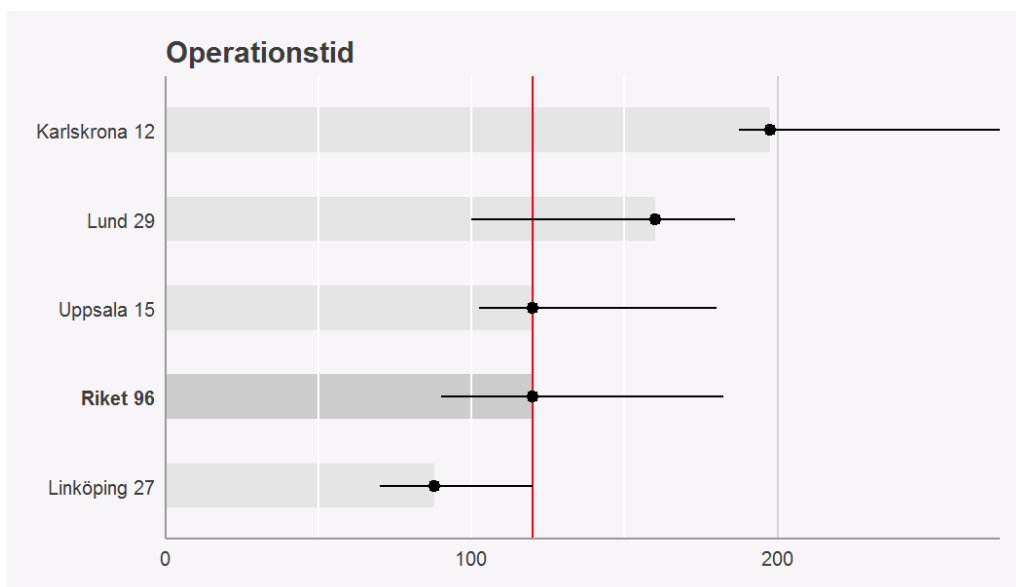
Tabell 16. Andel med RMI över 200 hos primäropererade patienter med kurativ intention

Klinik	RMI>200	Totalt	Andel RMI>200
Hudiksvall	5	5	100%
Ljungby	1	1	100%
Karlskrona	17	19	89%
Eksjö	6	7	86%
Örebro USÖ	9	11	82%
Lund	95	118	81%
Kalmar	12	15	80%
Uppsala	55	70	79%
Linköping	79	105	75%
Östersund	3	4	75%
Umeå	59	81	73%
Malmö	5	7	71%
Borås	7	10	70%
Eskilstuna	2	3	67%
Kristianstad	2	3	67%
Örnsköldsvik	5	8	62%
Växjö	3	5	60%
Falun	19	32	59%
Västervik	1	2	50%
Sundsvall	14	29	48%
Gävle	8	18	44%
Helsingborg	5	13	38%
Luleå-Sunderbyn	5	13	38%
Jönköping	2	6	33%
Nyköping	3	9	33%
Värnamo	3	9	33%
Lycksele	0	1	0%
Mora	0	1	0%
Skellefteå	0	1	0%
Totalt	425	606	70%

# Vulvacancer år 2014-2015

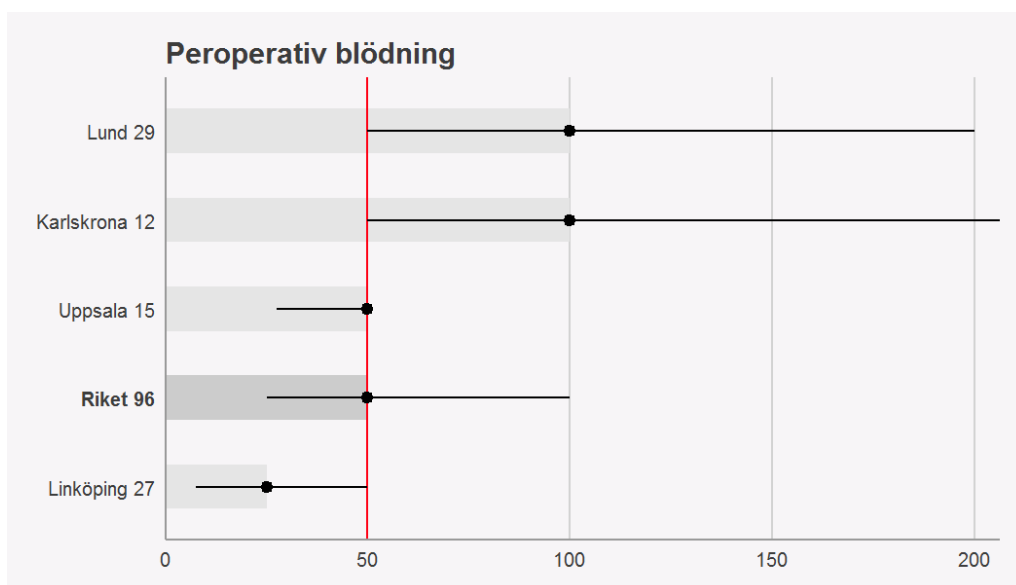
Graferna nedan visar primäropererade patienter där minst en lymfkörtel är borttagen

## Operationstid



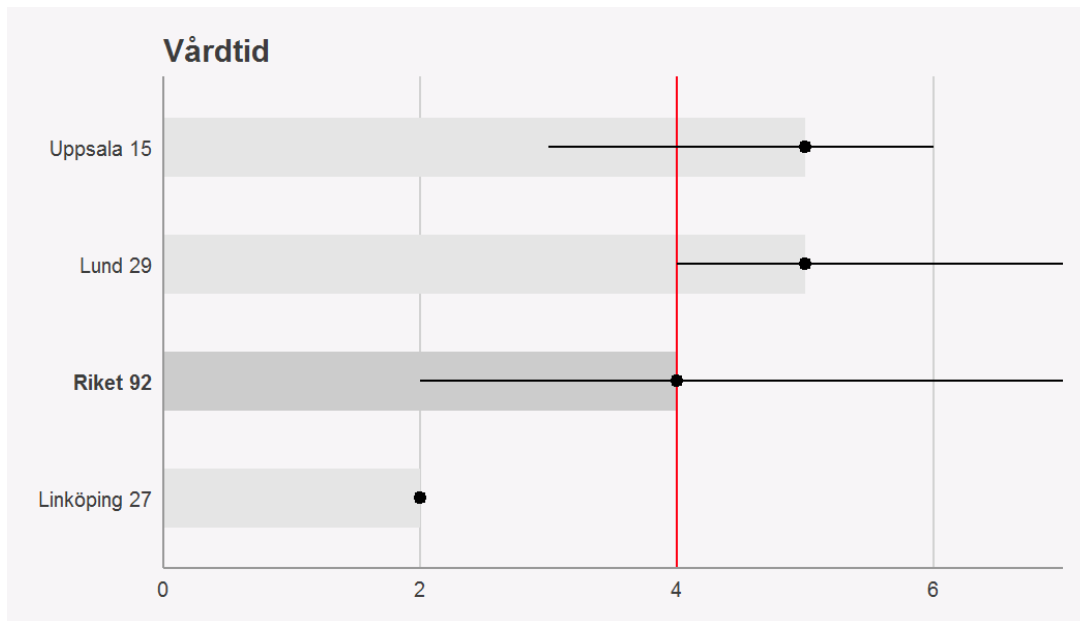
Figur 22.

## Peroperativ blödningsmängd



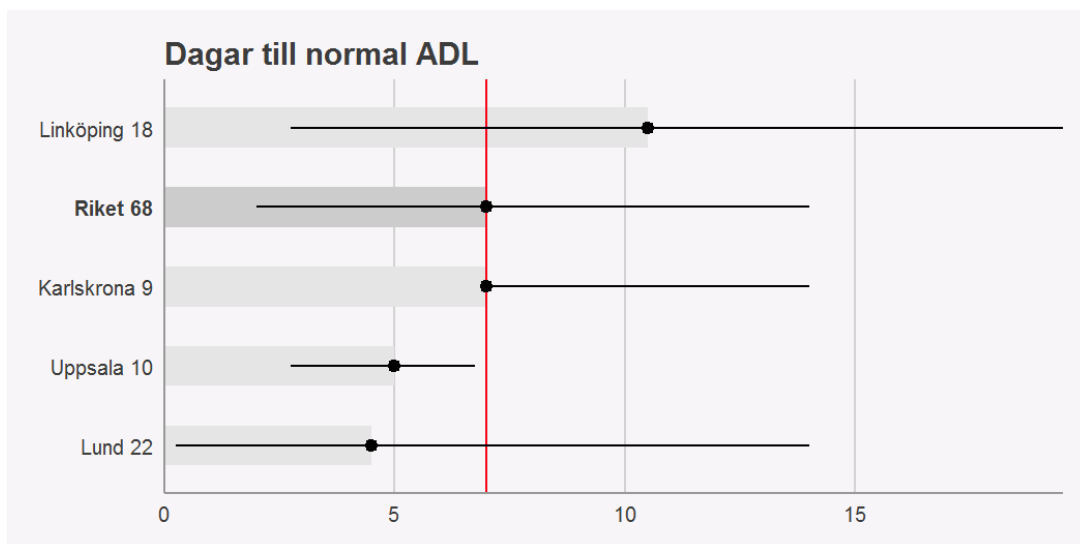
Figur 23.

## Vårdtid efter operation



Figur 24.

## Antal dagar till normal ADL

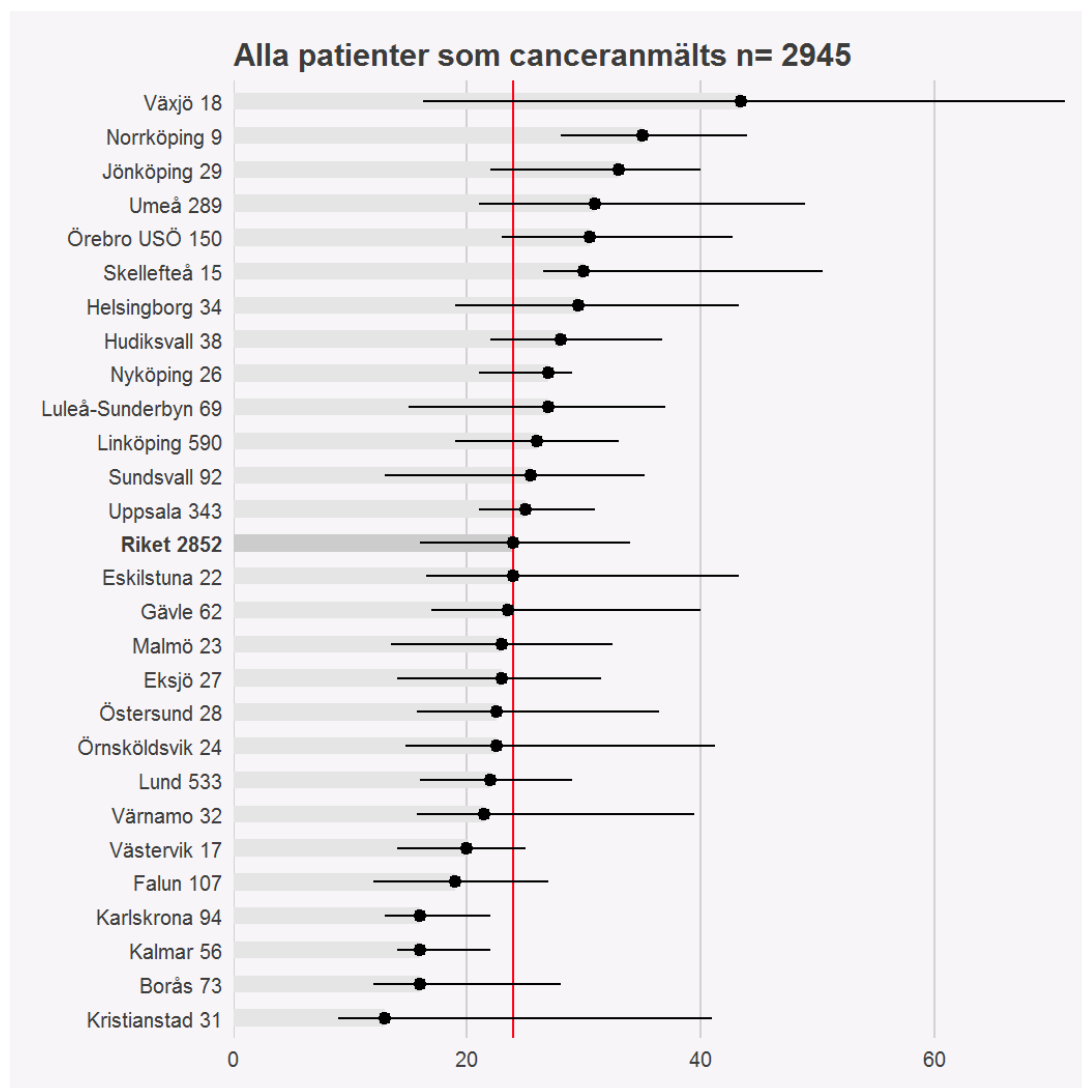


Figur 25.

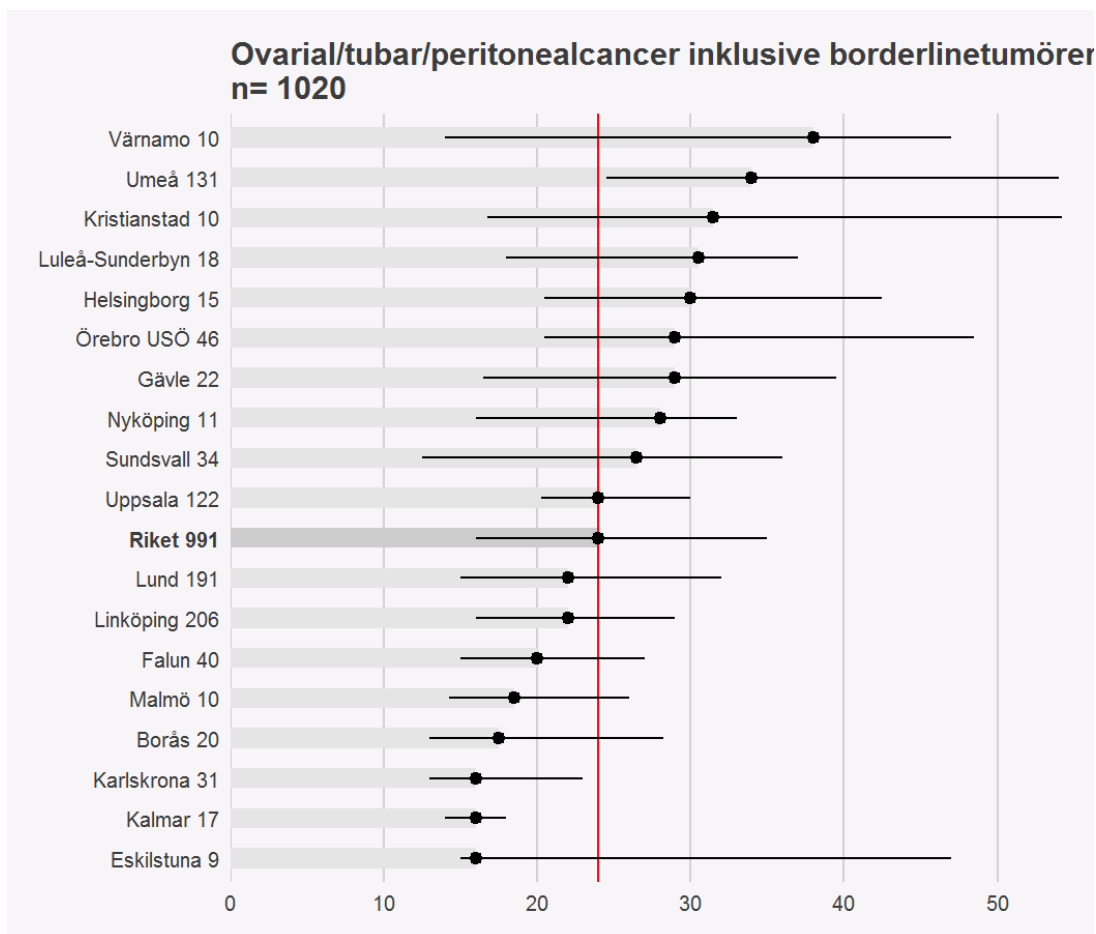
Operationstiden vid vulvacancer beror till stor del på om lymfkörtelutrymningen, en- eller dubbelsidigt, har utförts vid primäroperationen. Enbart primäroperationer redovisas ovan; dubbelt opererade pga snäva marginaler, lymfkörtelutrymning i andra seans eller recidiv är borttagna. Patienterna är för få för att redovisa komplikationssiffror.

## Tid från operationsdag till PAD-bedömning år 2014-2015

I registret registreras väntetiden som tid tills PAD registrerats - 60 dagars respit



Figur 26.



*Figur 27.*

Mediantid i dagar från operation till PAD-bedömning var för alla patienter som canceranmäls 24 dagar och för ovarial-/tubar-/peritonealcancer inkl borderlinetumörer. Svarstiden till patient hänger både på patologens och kvinnoklinikernas interna organisation.

Hur länge skall en patient vänta på definitivt cancerbesked och besked om eventuell efterbehandling? Det är visat vid ovarialcancer att de patienter som är makroskopiskt radikalt opererade och som startar cytostatika senare än 19 dagar har en sämre prognos (Mahner et al, 2013). De sjukhus som har tid till PAD-bedömning över 20 dagar bör se över sina rutiner.



## Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
ADL	Activities of daily life: Vardagsaktiviteter som att handla, laga mat, sköta sin hygien m.m.
Borderlinetumör	Borderlinetumörer kan bildas på äggstocken. De är varken godartade eller cancer utan ligger någonstans mittemellan. Borderlinetumörer sprider sig oftast inte i kroppen men behandlingen är ungefär densamma som vid äggstockscancer.
Cervix	Livmoderhalsen
Colon	Tjocktarmen
Corpus	Livmoderkroppen
Endometrium	Livmoderslemhinnan
GKR	Lokalt kvalitetsregister inom Stockholmsregionen, i Visby och Karlstad.
INCA	Informationsnätverk För Cancervård, INCA är Sveriges största informationsnätverk för cancervård
Makroskopisk	Synlig för ögat.
Ovarium, ovarial	Äggstock
PAD	Patologisk anatomisk diagnos. Den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
Percentil	En percentil är det värde på en variabel nedanför vilken en viss procent av observationerna av variabeln hamnar. Exempel: den 25:e percentilen P25 delar observationsvärdena så att 25 % av dem är lägre än P25 och 75 % är högre.
Peritoneum, peritoneal	Bukhinnan
Peroperativ	Under operationen
RCC	Regionala cancercentrum: Regionala cancercentrum är landstingens och regionernas kunskapsorganisation inom cancerområdet.
Rektum	Ändtarmen
RMI	Ett värde som beräknas utifrån värde i blodprov för CA125 som är en markör för cancer i äggstockar. Detta värde beräknas tillsammans med ålder och tumörens storlek till värdet RMI. Man brukar ange värdet 200 i RMI som ett riskvärde för cancer i äggstockar.
Stomi	Påse på magen för avföring
Tuba, tubar-	Äggledare
Vagina	Slidan
Vulva	Yttre kvinnliga könsorgan